

Samuli Manninen & Maarit Pantsar

TURVALLINEN LÄÄKEHOITO KOTIHOIDOSSA

Opas turvalliseen lääkehoitoon kotihoidossa

TURVALLINEN LÄÄKEHOITO KOTIHOIDOSSA

Opas turvalliseen lääkehoitoon kotihoidossa

Samuli Manninen & Maarit Pantsar
Opinnäytetyö
Kevät 2017
Hoitotyö
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Tutkinto-ohjelma, Sairaanhoitaja

Tekijä(t): Samuli Manninen & Maarit Pantsar

Opinnäytetyön nimi: Turvallinen lääkehoito kotihoidossa – Opas turvalliseen lääkehoitoon kotihoidossa

Työn ohjaaja: Eija Niemelä ja Irmeli Pasanen

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2017

Sivumäärä: 37+4

Teimme pikaoppaan turallisesta lääkehoidosta yksityiselle kotihoidon palveluja tarjoavalle yritykselle. Yrityksellä oli tarvetta saada yhtenäinen ohjeistus työntekijöille, jotka toteuttavat lääkehoitoa asiakkaan kotona.

Työn tavoitteena oli parantaa lääkehoidon toteutusta kotihoidossa. Halusimme antaa työntekijöille vinkkejä, kuinka toimia ongelmatilanteissa ja mitä asioita tulee huomioida lääkityksen toteuttamisessa asiakkaan kotona. Tavoite on, että opas parantaa hoidon laatua ja resurssit kohdentuvat vielä tarkemmin suunnitellusti.

Lähteinä olemme käyttäneet kotimaisia ja kansainvälisiä tieteellisiä julkaisuja sekä oppikirjoja. Lähteet ovat luotettavia. Tutkimusmenetelminä käytimme määrällistä tutkimusta, jota vertailimme laadullisiin tutkimuksiin. Tällä tavoin löysimme olennaiset ongelmakohdat, joihin kotihoidon työkentällä törmää. Näiden perusteella teimme pikaoppaan, josta löytyy perusasiat eri ongelmatilanteisiin lääkityksen osalta sekä terveydentilan havainnointiin.

Pääasialliset tulokset tutkimuksessa olivat lääkityksen osalta, että kiire ja epäselvät lääkelistat tai niiden puuttuminen kokonaan asiakkaan kotona ovat merkittävä vaaratekijä lääkehoitoa toteutettaessa. Lisäksi Anja- annosjakelu koettiin vielä ristiriitaisesti. Osittain se helpottaa lääkehoidon toteuttamista, mutta toisaalta sen rinnalla dosetissa menevät lääkkeet vaarantavat lääkehoidon turvallisuutta. Myös lääkkeiden tunnistaminen ulkonäön perusteella tuntui työntekijöistä olevan riittämätöntä, koska lääkkeitä ei enää itse jaeta.

Selvästi esille tuli lääkehoitoon perehdyttämisen tarve. Pelkkä koulutustausta ei riitä lääkehoidon turvalliseen toteuttamiseen, vaan koulutusta lääkehoidon osalta tulee järjestää säännöllisesti. Lisäksi työntekijät kokivat tarvitsevansa Anja- annosjakeluun lisää koulutusta sekä yhtenäisiä toimintatapoja. Keikkalaisille tulisi järjestää enemmän perehdytystä lääkehoitoon. Näitä tuloksia yritys voi käyttää tulevaisuudessa kehittäessään laadukasta kotihoitoa.

Asiasanat: Kotihoito, lääkehoito, turvallisuus

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree programme in Nursing and Health Care, Option of Nursing

Authors: Samuli Manninen and Maarit Pantsar

Title of thesis: Safe medicine care of homecare – Guide of safe medicine care

Supervisors: Eija Niemelä and Irmeli Pasanen

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2017 Number of pages: 37+4

We make a guide of safe medicine care for homecare. Company needed identical guidance for their employees to carry out safe medical care in homecare.

Our target for this project was improve medical care in homecare. We wanted to give employees key points how to work if there is problem in medical care and what things they should know when they work in customer home. Target is that guide will improve quality of homecare and resources will directed to work what is meant to do.

We used different kind of publication when we find theory of our subject. We used international sources and national sources. All our sources are reliable. For our research method was quantitative method. This help us to find what was the problem points and we could put in to the guide most important things what take care of.

Main result of our research was that rush and unclear medicine list or the list even isn't in customers home are main risk of medicine care. Also, the new Anja- dose delivery was ambivalent because some medicines goes still in pills dispenser. It makes confusion. Additionally, it is difficult recognize pills because employee doesn't anymore dispense them on pill dispenser.

For future conclusion of our project was that employees need more education of medicine care. Also mistakes in medicine care should report more systematically and those should be handle with whole work community.

Keywords: Homecare, medicine care, safety

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	PROJEKTIN TAVOITTEET	7
3	TURVALLINEN LÄÄKEHOITO KOTIHOIDOSSA	8
3.1	Lääkehoidon prosessi	8
3.2	lääkään ihmisen lääkehoidon erityispiirteet	9
3.3	Lääkehoidon haasteet ja erityispiirteet kotihoidossa	11
3.4	Turvallinen lääkehoito	13
3.4.1	Lääkehoitoon liittyvien riskien tunnistaminen ja hallinta	15
3.4.2	Henkilöstön vastuut, osaamisvaatimukset ja perehdytys	17
3.4.3	Lääkehoidon ja -huollon toteuttaminen	18
3.4.4	Lääkehoidon vaaratapahtumissa toimiminen ja lääkepoikkeamista raportoiminen	19
3.4.5	Ohjaus, tiedonkulku ja dokumentointi lääkehoidossa	20
4	PROJEKTIN TYÖVAIHEET	21
4.1	Projektin työvaiheet ja aikatauluttaminen	21
4.2	Projektiorganisaatio ja riskien hallinta	22
5	TUTKIMUSAINEISTO JA –MENETELMÄT	24
5.1	Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu	24
5.2	Aineiston analysointi	25
6	TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET	26
6.1	Lääkehoidon turvallisuutta vaarantavat tekijät	27
6.2	Lääkehoidon turvallisuutta parantavat tekijät	29
6.3	Johtopäätökset	30
7	PROJEKTIN ARVIOINTI	32
8	POHDINTA	33
	LÄHTEET	34
	LIITTEET	37

1 JOHDANTO

Lääkkeillä on keskeinen osa hoitotyössä ja niillä on tarkoitus ehkäistä ja parantaa sairauksia ja hidastaa niiden etenemistä, ehkäistä sairauden aiheuttamia komplikaatioita ja lievittää sairauden oireita. Turvallinen lääkehoito on keskeinen osa potilasturvallisuutta ja hyvää hoitoa. Se edellyttää lääkehoidon eri vaiheiden ja kokonaisuuksien hallintaan. Lääkehoidon kokonaisuus muodostuu moniammatillisessa yhteistyössä potilaan kanssa.

Lääkehoidossa on paljon erilaisia riskejä ja merkittävä osa kaiken annetun hoidon haitoista liittyy lääkkitykseen. Lääkehoidon turvallisuuteen liittyviä ongelmia esiintyy kaikissa vaiheissa lääkehoidon prosessissa. Esimerkiksi kun tutkittiin lääkkeen jakamista ja antoa potilaalle, todettiin joka viidennen lääkkeen yhteydessä olleen vaara-tapaturma. On siis tärkeää, että lääkehoidon prosessi on yhtenäinen ja vastuut on tarkasti määritetty. Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissutkin vuonna 2006 Turvallinen lääkehoito –oppaan, joka on päivitetty vuonna 2016. Oppaan tarkoituksena on yhtenäistää laadukkaan lääkehoidon toteuttamisen periaatteet, selkeyttää lääkehoidon toteuttamiseen liittyvää vastuunjakoa ja määrittää vähimmäisvaatimukset, joiden tulee täytyä kaikissa lääkehoitoa toteuttavissa yksiköissä. Suomen kansallisessa potilasturvallisuustyössä on painotettu lääkehoito-suunnitelmaa ja se on ohjannut lääkehoidon käytäntöjä Suomessa. (Inkinen ym. 2016, 3-10).

Opinnäytetyö Turvallinen lääkehoito kotihoidossa valikoitui työelämän tarpeesta. Tarkoituksena on täsmentää työyhteisön työntekijöille lääkehoidon riskikohdat ja mitä tulee huomioida, jotta turvallinen lääkehoito toteutuu kotihoidon asiakkaille. Työn tarkoituksena on kartoittaa mitkä kohdat lääkehoidon toteutuksessa ovat työntekijöiden mielestä riskikohtia. Näiden huomioiden pohjalta laadimme työyhteisöön pikaoppaan turvallisesta lääkehoidosta, johon on koottu huomioitavia asioita lääkehoidon riskeistä ja niiden huomioimisesta työkohteessa. Työssä huomioidaan kaupungin määräämät ostopalvelusopimuksen ehdot lääkehoidossa sekä Valviran määräykset ja hyödynnämme kyseisen työyhteisön omaa lääkehoitosuunnitelmaa riskien kartoittamisessa ja ongelmien ratkaisemisessa.

Tämä projekti pohjautuu tarpeeseen huomioida lääkehoidon merkitys kotihoidossa. Työssä huomioidaan mahdollisten lääkitysvirheiden huomioiminen, raportointi ja ennaltaehkäiseminen kotihoidossa. Projektin tavoite on saattaa lääkehoito kotihoidossa mahdollisimman turvalliselle tasolle.

2 PROJEKTIN TAVOITTEET

Projektin tavoitteena oli laatia yksityiselle kotihoidon palveluja tarjoavalle yritykselle kattava mutta napakka ohjeistus lääkehoidon epäselvistä tilanteista sekä turvallisen lääkehoidon toteuttamisesta asiakkaan kotona. Oppaan on tarkoitus nopeuttaa epäselvien tilanteiden selvittelyä ja lisätä asiakasturvallisuutta lääkehoidon osalta sekä kohdistaa resurssit asiakastyöhön.

Opas on apuna niin pitempään jo kotihoidossa työssä olleelle sekä keikkatyötä tekeväälle. Opas on helpottavasti muokattavissa muuttuvissa tilanteissa ja se kulkee helposti työntekijän mukana kentällä. Pitemmän aikavälin tavoitteena on, että lääkitystilanteiden epäselvyydet hoituisivat tehokkaammin turhia resursseja tuhlaamatta ja jokaisella työntekijällä on varmuus omasta ammattitaidosta lääkehoidon osaavana toteuttajana. Lisäksi toivomme, että opinnäytetyössämme esiin tulleet kehittämiskohteet nousisivat esimiestasolla aiheiksi, joita lähdetään kehittämään edelleen muissa projekteissa.

Oppimistavoitteena meillä oli projektisuunnitelman tekeminen ja tutkitun tiedon etsiminen kotimaisista ja kansainvälisistä tiedonlähteistä sekä niiden hyödyntäminen aineiston analysoinnissa. Lisäksi halusimme oppia toimimaan yhteistyössä työelämän kanssa projektin toteuttamiseksi ja tehdä toimivan tuotteen työnantajapuolen tarpeita vastaavaksi. Tavoitteen saavuttamista mittasimme palautteella, jota saimme työnantajapuolelta sekä opinnäytetyön esittelytilaisuudessa saadulta työntekijäpuolen suullisesta palautteesta.

3 TURVALLINEN LÄÄKEHOITO KOTIHOIDOSSA

Lähdimme keräämään kattavasti teoriatietoa erilaisista mahdollisista lääkitysvirheistä, mistä ne koostuvat, missä vaiheessa ne yleensä tapahtuvat. Kotihoidossa lääkehoito tapahtuu yleensä aina yhden hoitajan toimesta ja siksi lääkehoidon toteutuksen tulee olla kiireetöntä ja lääkehoidon periaatteita noudattavaa. Halusimme selvittää mitkä tekijät lisäävät lääkehoidon turvallisuutta ja mitkä ovat riskitekijöitä.

3.1 Lääkehoidon prosessi

Lääkehoito kulkee prosessinomaisesti tilanteesta ja asiakkaasta riippumatta. Aina arvioidaan ensimmäisenä lääkehoidon tarve, sen jälkeen toteutetaan lääkehoito ja viimeisenä arvioidaan lääkehoidon vaikutukset. Lääkehoidon onnistuneeseen toteutumiseen tarvitaan moniammatillista työryhmää johon kuuluvat potilas, lääkäri, apteekkihenkilöstö ja hoitohenkilöstö. (Tokola 2010, 18.)

Lääkkeitä tulee käsitellä asianmukaisesti paikasta riippumatta. Lääkkeillä tulee olla asianmukaiset säilytystilat, puhtaat annosteluvälineet, selkeät lääkkeiden käsittelyohjeet ja ajantasaiset lääkelistat. Lääkehoidon osaaminen tulee varmistaa säännöllisin väliajoin. Lääkkeiden jaossa tulee huolehtia aseptiikasta, jotta haitallista mikrobikasvustoa ei pääse lääkkeen pinnalle. Lääkkeen jakajan tulee ehdottomasti olla terve ja lääkepakkausten tulee olla ehjiä. Lääkkeen jakajan tulee huolehtia omien käsien puhtaudesta, tarvittaessa käyttää suojakäsineitä. Hoitajan tulee osata myös saattaa käyttökuntoon tietyt lääkeaineet kuten injektiot ja tämän tulee tapahtua erityistä aseptiikkaa noudattaen, jotta tapahtuma saadaan suoritettua steriilisti. Lääkekuppeihin jätettävät lääkkeet suojataan aina kannella, jotta valo ja ilma eivät pääse muuttamaan lääkkeen kemiallista koostumusta. Lääkkeen jakajan tulee myös huolehtia, että lääkkeet eivät ole vanhentuneita. (Tokola 2010, 33–37, 40.)

Lääkejäte tulee myös käsitellä asianmukaisesti. Vanhentuneet, muuten käyttökelvottomat ja vainajan reseptilääkkeet toimitetaan apteekkiin hävitettäväksi. Muut kuin huumausainetta sisältävät lääkelaastarit voidaan hävittää sekajätteen mukana vastakkain taitettuna. Viiltävä ja pistävä jäte kerätään kotona standardien mukaiseen keräysastiaan joka voi olla esimerkiksi tyhjä

limsapullo. Diabeetikkojen neulat suojataan ulommalla suojalla ja tiputetaan sitten pulloon. Hävitettäessä pullo suljetaan hyvin ja se voidaan laittaa sekajätteeseen. (Tokola 2010, 47–50.)

Lääkehoito toteutetaan aina lääkärin ohjeistuksen mukaisesti ja jokainen lääkehoitoon osallistuva on vastuussa, että asiakas saa oikean lääkkeet oikeaan aikaan oikeassa muodossa. Lääkemuutosten tekeminen lääkelistoihin on pääasiallisesti sairaanhoitajan vastuulla. Lääkelistan tulee sisältää aina seuraavat tiedot; lääkkeen nimi, lääkkeen vahvuus, lääkkeen annostus, lääkemuoto, antotapa ja ohjeistus lääkkeen antamiseen sekä lääkityksen kesto ja käyttötarkoitus. (Tokola 2010, 59–61.)

Lääkkeen jakamisessa dosettiin tule huolehtia, että lääkkeitä on riittävästi, lääkkeiden vahvuudet ovat oikeat, varmistaa, että käyttöaikaa on jäljellä sekä lopuksi tarkistaa laskemalla, että tabletteja on oikea määrä kussakin lokerossa. Kotihoidossa seuraavan kävijän tulisi tarkistaa jaettu dosetti. Kaksoistarkistus minimoi lääkitysvirheet. Jos asiakkaalla on käytössä seuranta vaativia lääkkeitä kuten antibiootteja tai säännöllisesti vaihdettava laastari, on hyvä tehdä seurantalista kotia, jotta määräykset tulevat oikein toteutettua. (Tokola 2010, 64–67.)

3.2 Iäkkään ihmisen lääkehoidon erityispiirteet

Iäkkäiden ihmisten lääkehoidossa tulee muistaa, että ikääntyminen tuo tullessaan fysiologisia muutoksia ja lääkeaineen metabolia muuttuu elimistössä. Tästä syystä ikääntyneen lääkkeiden annostelussa voi tulla eteen lääkeainemäärän pienentäminen, jota ei kuitenkaan aina muisteta tehdä, jos lääkitys on aloitettu ennen 55–65 vuoden iässä. Lisäksi haittavaikutuksia voi tulla enemmän entä työikäisten keskuudessa ja yhteisvaikutukset voivat olla yllättäviäkin. Lääkeainemäärän pienentäminen voi olla jopa 50% työikäisen annostelusta. (Kivelä 2004, 13,29.)

Ikääntyessä elimistön muutokset voivat aiheuttaa lääkeaineiden liian nopean imeytymisen tai hidastaa lääkeaineen imeytymistä. Esimerkkinä glyseryyliitrinitraatin eli tutummin Nitron vaikutuksen alkamisen hidastuminen iäkkäällä koska syljen erityis on pienempää kuin työikäisellä. Myös muualla ruoansulatuselimistössä tapahtuvat muutokset ikääntyessä voivat hidastaa lääkeaineen kulkeutumista vaikutuspaikkaansa ja toisaalta lääkeainetta ehtii vapautua enemmän, koska ruoansulatuselimistö toimii hitaammin kuin työikäisellä. On huolehdittava, että ikääntynyt

ottaa lääkkeen riittävän nestemäärän kanssa puoli-istuvassa, mieluiten istuvassa asennossa jotta lääke ei jää kiinni ruokatorveen. On myös hyvä lääkehoidon toteutumisen varmistamiseksi isokokoisten lääkkeiden kohdalla tarkistaa, onko saatavilla pienempiä tabletteja tai nestemäistä lääkemuotoa. (Kivelä 2004, 19–21.)

Ikääntyneellä vaikutuksia tulee myös lihasmassan osuuteen. Lihasmassa pienenee 12–19% ja rasvan määrä taas kasvavat 14–35% vaikka iäkäs olisikin normaalipainoinen. Myös veden osuus kehon painosta vähenee. Tämä johtaa siihen, että vesiliukoisten lääkeaineiden pitoisuus kasvaa iäkkään elimistössä työikäiseen verrattuna. Rasvaliukoisten lääkeaineiden pitoisuus on vastaavasti matalampi, mutta vaikutusaika voi pidentyä koska elimistö poistaa lääkeainetta hitaammin. Vaarana on lääkeaineen kertyminen elimistöön. Iäkkäiden lääkehoidossa tulee huomioida myös maksan ja munuaisten toiminnan muuttuminen ikääntyessä. Munuaisten kautta poistuvien lääkeaineiden kuten verenpainelääkkeiden vaikutus on elimistössä suurempi ikääntyneellä kuin työikäisellä. On todettu, että munuaisten toiminta heikkenee noin 30% 65–vuoden iässä ja jopa 50% 80 vuoden iässä. (Kivelä 2004, 23–29.)

Monelle iäkkäälle ihmisellä määrätään lääkkeitä, vaikka vaiva olisi hoidettavissa myös ei-lääkkeellisin keinoin tai vaiva tulkitaan väärin. Esimerkkinä Kivelä käyttää kirjassaan Vanhusten lääkehoito sitä, kun iäkkäälle määrätään unilääkettä nukahtamiseen ja kipulääkettä kipuihin, vaikka kyseessä on masentunut iäkäs ja oikea hoito olisi antidepressiivinen lääkitys. Ikääntyneellä myös lääkkeiden ja sairauksien yhteisvaikutuksia ilmenee eri tavalla kuin työikäisellä. Tulehduskipulääke voi laukaista ikääntyneellä sydämen vajaatoiminnan tai verenpainetaudin ja heikentää edellä mainittujen hoitotasapainoa. (Kivelä 2004, 13, 48.)

Eri lääkeaineiden vaikutukset ilmenevät eri tavalla, mutta erityistä huomiota tulee kiinnittää psyykenlääkkeiden, bentsodiatsepiinien, kipu- ja tulehduslääkkeiden, epilepsia sekä antikolienergisten lääkkeiden käyttöön. Ulkomaisten tutkimusten mukaan jopa 10–20% sairaalaan otetuista iäkkäistä ovat siellä lääkkeiden haittavaikutusten vuoksi. Mm. kaatumiset, virtsankarkailu, ummetus, muistitoiminnan häiriöt, huimaus, sekavuus, yskä, parkinsonismi, käytöshäiriöt ovat oireita lääkkeiden haittavaikutuksista ikääntyneellä. On myös huomioitava, että kaikkia lääkityksiä ei voi lopettaa kerralla vaan lääkeaine tulee vieroittaa hitaasti. Ikääntyneen kohdalla tämä voi kestää viikkoja. (Kivelä 2004, 54–80.)

3.3 Lääkehoidon haasteet ja erityispiirteet kotihoidossa

Lääkehoidossa on aina riskejä ja niihin tulee aina varautua. Kotihoidossa on omat piirteensä lääkehoidon riskien suhteen. Asiakaskunta koostuu pääosin iäkkäistä ihmisistä, joiden fyysinen tai psyykkinen toimintakyky ovat heikentyneet. He ovat alttiimpia haittavaikutuksille ja lääkehoidossa tapahtuvien virheiden seuraamuksille. Kotihoidossa asiakkaat käyttävät runsaasti säännöllisesti otettavia lääkkeitä. WHO:n suosituksen mukaan ikääntyneillä tulisi olla käytössään yhtä aikaa korkeintaan 3-4 lääkettä, mutta kotihoidon asiakkailla niitä on käytössä paljon enemmän, jopa yli kymmenen. (Ikonen 2015, 252). Ahosen (2011) mukaan lähes joka kolmannella 75 vuotta täyttäneellä suomalaisella on käytössään vähintään kymmentä eri lääkettä ja iäkkäillä vältettäviä lääkkeitä oli käytössä joka neljännellä ja joka viides altistui potentiaalisesti lääkkeiden kliinisesti merkittävälle yhteisvaikutukselle. Lisäksi tulee huomioida, että iäkkäällä voi olla käytössä ilman reseptiä määrättyä lääkettä käytössä, jolloin yhteisvaikutuksia tulee yllätyksenä hoitajalle. Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan 50 miljoonaa kuolemaa yhdysvalloissa vuosien 1983–2004 johtui lääkitysvirheestä kotona. Lisäksi tutkimuksen mukaan 25% asiakkaista sai ainakin yhden vakavan haittavaikutusoireen lääkityksestä. (Cox-Curry, Walker & Hogstel, 2009. 69–74.)

Lääkkeiden imeytyminen, jakautuminen, metabolia ja poistuminen elimistöstä muuttuvat iän myötä. Monet fysiologiset muutokset tuovat haasteita lääkehoidossa ja lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi on haasteellista kuten myös hoito-ohjeiden toteutuminen monista sairauksista, heikentyneestä fyysisestä ja kognitiivisesta toimintakyvystä johtuen. Lisäksi lääkkeiden haittavaikutukset voivat olla varsin erilaisia kuin työikäisillä. Muistisairaudet ja kognitiiviset ongelmat luovat osaltaan haasteita lääkehoitoon. (Palmu. 2013, 129-135).

Kotihoidon erityispiirteitä lääkehoidossa verrattuna esimerkiksi laitos- tai sairaalahoitoon ilmenee monilääkityksessä, lääkkeiden turvallisessa säilyttämisessä sekä lääkkeiden jakamisessa ja antamisessa. Kotihoidossa on tärkeää selvittää kaikki asiakkaan käyttämät valmisteet, sillä hänellä voi olla käytössä reseptilääkkeiden lisäksi erilaisia itsehoito- ja luontaislääkkeitä. Ikääntyneen asiakkaan lääkitys tulee tarkistaa vähintään kerran vuodessa. Lääkkeillä tulee olla asianmukaiset säilytystilat, mikä ei ole kotihoidossa itsestään selvää. Kotona ei ole välttämättä lukollisia kaappeja ja lääkkeet voivat olla pöydällä. Usein ikääntyneiltä löytyy myös vanhentuneita lääkkeitä. Kotihoidossa myös asiakkaan itsemääräämisoikeus korostuu. Monilla ikäihmisillä pienten eläkkeiden vuoksi voi olla huono mahdollisuus kalliiden lääkkeiden ostamiseen. Lääkkeet

saatetaan jättää ostamatta, eikä siitä välttämättä kerrota hoitajille tai lääkärille. (Palmu 2013, 129-135). Samaan tulokseen tuli myös yhdysvaltalainen tutkimus jo vuonna 2009. (Cox-Curry, Walker & Hogstel, 2009. 69–74).

Lähes kaikilla kotihoidon asiakkailla on avun tarvetta turvallisessa lääkehoidossa. Lääkepurkkien avaamisessa, tablettien erottamisessa tai lääkkeiden käyttöohjeiden ymmärtämisessä ja noudattamisessa voi olla vaikeuksia. Kotihoidon käynneillä voidaan varmistua lääkkeiden ottamisesta joko antamalla ne tai tarkistamalla asia. Vaikutusten seuranta on haasteellista, varsinkin jos käyntejä on harvoin. Asiakkaalta saatu tieto lääkkeen vaikutuksesta onkin tärkeää. Huomiota tulisi kiinnittää lääkehoidon aloittamisen jälkeen vaikutusten arviointiin, vaikka lisäämällä käyntejä hetkellisesti. (Palmu 2013, 129-135).

Pietikäinen (2004, 77) tutkimuksessaan havaitsi, että kotihoidossa lääkehoitoon osallistuvilla työntekijöillä osaamisen arviointia tai virheiden säännöllistä seuraamista tulosten perusteella oli vähän, vaikka kotihoidossa lääkehoidolla on kuitenkin merkittävä osuus. Lisäksi lääkkeiden käsittelyn ja jakamisen lupakäytäntö oli kirjavaa ja osittain epäselvää. Lääkehoidon täydennyskoulutus oli satunnaista, vaikka työntekijät kokivat enemmän tarvetta siihen. Yhteistyö asiakkaan kanssa oli vaihtelevaa ja yhteistyö omaisten tai läheisten kanssa oli vähäistä. (Pietikäinen 2004, 77-78). Ikonen (2015, 252) puolestaan listaa potilasturvallisuutta vaarantavia lääkehoidon riskejä kotihoidossa seuraavasti:

1. Poikkeama tiedonvälityksessä, vuorovaikutuksessa tai kirjaamisessa –liittyy itsehoitolääkkeiden käyttöön, päällekkäisyyksiin tai lääkemuutoksiin
2. Poikkeama lääkkeenjaossa – ajoitus on väärä, lääke annetaan väärälle asiakkaalle, lääkkeen annos, vahvuus tai lääkemuoto on virheellinen tai annetaan väärää lääkettä
3. Poikkeama lääkkeen käyttökuntoon saattamisessa – lääkkeen virheellinen jauhaminen, annoksen valmistaminen tai lääkkeen osittaminen
4. Poikkeama neuvonnassa tai ohjeissa – ohjaus ei ole yhdenmukaista, riittävää, selkeää tai oikeaa
5. Poikkeama lääkkeen annossa – ajoitus, antotapa tai annos on väärä, lääke jää antamatta tai annetaan väärälle potilaalle
6. Poikkeama hoidon seurannassa – tiedottamisen, suunnittelun tai toteutuksen ongelmat

3.4 Turvallinen lääkehoito

Lääkehoidon turvallisuus on merkittävä osa potilasturvallisuutta ja potilasturvallisuus kattaa sekä hoidon että lääkitys- ja laiteturvallisuuden. Potilasturvallisuudesta on säädetty terveydenhuoltolaissa ja se velvoittaa suunnitelman tekemistä laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Lääkehoidon ja potilasturvallisuuden hallinta perustuvat samoihin osa-alueisiin, jotka ovat suunnitelmallisuus, riskien arviointi, vaaratapahtumien raportointi ja niistä oppiminen sekä toiminnan kehittäminen, vastuiden määrittely ja yhteiset toimintatavat. Turvallinen lääkehoito syntyy yksittäisten työntekijöiden ammattitaitoisesta ja organisaation suunnitelmallisesta toiminnasta ja potilaiden sitoutumisesta lääkehoitoon. (Kinnunen 2013, 99-110).

Hoidon turvallisuudella tarkoitetaan itse hoitomenetelmien ja niiden toteuttamiseen liittyvää turvallisuutta. Lääkehoidossa voi olla kyse joko lääkevalmisteen haitallisista vaikutuksista tai lääkehoidon poikkeamasta, kun hoito ei toteudu niin kuin on suunniteltu ja siitä aiheutuu haittaa potilaalle. Potilasturvallisuuden edistämisessä on olennaista huomata, että turvallisuus muodostuu myös terveydenhuoltojärjestelmän osien välisestä vuorovaikutuksesta, ei pelkästään yksilön laitteen tai yksikön toiminnasta. (Kinnunen 2013, 99-110).

Lääkehoidon vahingot ovat yksi suurimmista haittojen aiheuttajista terveydenhuollossa. WHO:n (2008) mukaan 7-10% akuuttihoitoon potilaista kärsii lääkehoidon haitoista ja näistä 28-56% olisi ehkäistäväissä. Sairaaloiden ulkopuolisesta haattatapahtumista arvioidaan 5-35% olevan ehkäistäväissä. Suuri osa vaaratapahtumista lääkehoidossa johtuu kommunikaatio-ongelmista eri toimijoiden välillä, turvallisuutta vaarantavista toimintatavoista ja suojausten puutteista. (Kinnunen 2013, 99-110; Inkinen ym. 2016, 3-10). Härkäsen ym. (2013) tutkimuksen mukaan viidesosaan lääkityspoikkeamista liittyi tarkkaavaisuuden tai huolellisuuden puute. Arviointivirheen, huolimattomuuden tai tarkkaavaisuuden herpaantumisen yhteyden lääkityspoikkeamiin on todennut tutkimuksessaan myös Linden-Lahti my (2009).

Lääkehoidon haittavaikutuksista suurin osa on ennaltaehkäistäväissä. Tähän kuitenkin tarvitaan järjestelmällistä potilasturvallisuustyötä ja lääkehoidon koko prosessin huomioimista. Suomessa potilasturvallisuustyössä painotetaan lääkehoitosuunnitelmaa, joka toimii vastuiden jakamisen työkaluna ja sovittaa turvallisen lääkehoidon toimintatavat käytännön työhön hoidettavien

potilaiden tarpeiden, käytettävien lääkkeiden ja lääkehoitoa toteuttavien ammattilaisten osaamisen mukaan. (Kinnunen 2013, 99-110; Inkinen ym. 2016, 3-10)

Lääkehoitosuunnitelma on keskeinen osa lääkehoidon laadun ja turvallisuuden varmistamista. Lääkehoito perustuu työ- ja toimintayksiköissä tähän suunnitelmaan ja se on osa terveydenhuoltolain säätämää laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelmaa. Lääkehoitosuunnitelmassa keskitytään oman toiminnan kannalta kriittisiin ja olennaisiin lääkitysturvallisuuden alueisiin. Turvallinen lääkehoito –opas antaa vähimmäisvaatimukset suunnitelman sisällöstä ja siinä tulee käydä ilmi seuraavat asiat (Inkinen ym. 2016, 12):

- lääkehoitoon liittyvien riskien tunnistaminen ja niihin varautuminen
- turvalliseen lääkehoitoon perehdyttäminen
- henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako
- opiskelija lääkehoidon toteuttajana
- lääkehuollon järjestäminen
- lääkehuollon toteuttaminen
- lääkehoidon vaaratapahtumissa toimiminen
- potilaan ja omaisten ohjaus ja neuvonta
- dokumentointi ja tiedonkulku
- seuranta- ja palautejärjestelmät
- lääkehoidon osaamisvaatimukset, osaamisen varmistaminen ja ylläpito
- lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi

Hyvä käytäntö lääkehoitosuunnitelman laatimisessa on, että johto nimeää työryhmän, joka laatii yksikön suunnitelma sekä määrittelee tarvittavat resurssit, keinot ja vastuunjaon, joiden mukaan suunnitelman toteutumista ohjataan ja valvotaan (Inkinen ym. 2016, 3-10). Lääkehoitosuunnitelma tulee päivittää säännöllisesti ja aina kun lääkehoitoon tulee muutoksia. Suunnitelman ei ole tarkoitus olla vain yleinen kuvaus organisaation lääkehoidon toteutuksesta, vaan sen tulisi kuvata, miten käytännön lääkehoitoa yksikössä toteutetaan. (Kinnunen 2013, 129-135).

3.4.1 Lääkehoitoon liittyvien riskien tunnistaminen ja hallinta

Lääkehoidon toteuttamiseen mahdollisesti liittyvät riskit tulee kartoittaa ja niiden välttämiseksi tulee kehittää ja hyödyntää lääkehoidon turvallisuutta tukevia ratkaisuja. Toimintayksikössä riskilääkkeiden käytön turvallisuutta tukevia ratkaisuja voivat olla esimerkiksi riskilääkkeiden tunnistaminen toimintayksikössä, toiminnan kannalta keskeisten riskilääkkeiden ja -tilanteiden kuvaaminen lääkehoitosuunnitelmassa, virheitä ehkäisevien toimien suunnittelu ja riskilääkkeiden tunnistaminen käytön perehdytys, ohjeistus ja koulutus. (Inkinen ym. 2016, 16-17).

Lähes puolet kaikista vakavan haitan aiheuttaneista lääkitysvirheistä liittyy seitsemään lääkkeeseen tai lääkeryhmään. Kolme neljästä kuolemaan johtaneesta lääkitysvirheestä sattuu kymmenellä suuren riskin lääkkeellä. (Saedder ym. 2014). Taulukosta 1 voidaan huomata, että kotihoidossa on käytössä monia näistä ns. suuren riskin lääkkeistä. Suuren osan lääkehoidon vakavista haitoista voidaan siis estää, jos suuren riskin lääkkeiden käytön vaarat tunnistetaan ja niiden käyttöprosessiin on suunniteltu suoja mekanismeja. (Inkinen ym. 2016, 16-19).

Virhe aikuisten lääkehoidossa johti kuolemaan (Saedder ym. 2014).	Virhe aikuisten lääkehoidossa johti vakavaan haittaan (Saedder ym. 2014).	Ensisijaiseksi kuolinsyyksi oikeuskemiallisessa tutkimuksessa listatut (Ojanperä ym. 2015).
1. metotreksaatti	metotreksaatti	buprenorfiini
2. varfariini	teofylliini	tramadoli
3. opioidit	tulehduskipulääkkeet	kodeiini
4. digoksiini	opioideit	amitriptyliini
5. teofylliini	digoksiini	levomepromatsiini
6. oraaliset antikoagulantit	asetyyilisäilylihapot	tsopikloni
7. asetyyilisäilylihapo	diureetit	fentanyyli
8. tulehduskipulääkkeet	epilepsialääkkeet	ketiapiini
9. beetasalpaajat	beetasalpaajat	mirtatsapiini
10. antibiootit	varfariini	metadoni

Taulukko 1. Lääkeaineita tai ryhmiä, joihin liittyy vakavia haittoja, yleisyysjärjestyksessä (Inkinen ym. 2016, 18).

Tietyn lääkkeeseen liittyvien haittojen määrään vaikuttavat monet tekijät, kuten käytön yleisyys, lääkkeen eliminaatiotapa, terapeutinen leveys tai lääkettä saavien potilaiden haitta-alttius. Riskilääkkeiden aiheuttamia haittoja voidaan ehkäistä suunnittelemalla erilaisia toimintamalleja, jotka ehkäisevät virheitä ja haittoja, tai menetelmiä, joilla voidaan tunnistaa uhkaavat virheet tai haitat (esim. tarkistuslistat). Lisäksi voidaan varautua eri menetelmillä, jotka lievittävät virheistä johtuvia haittoja. (Inkinen ym. 2016, 16-17).

Riskien hallinnassa keskeistä on, että kukin toiminta- ja työyksikkö tunnistaa omaan toimintaansa liittyvät riskit ja arvioi riskien vakavuutta ja toteutumisen todennäköisyyttä. Näiden tekijöiden yhtälöstä syntyy riskin suuruus ja sen perusteella määritetään tarvittavat toimet riskien hallitsemiseksi. Riskin suuruus ohjaa priorisoimaan toimenpiteet suurimpien uhkien ja vaarojen hallintaan. Korkean riskiarvon saavat tapahtumat edellyttävät välittömiä toimenpiteitä, usein toimenpiteisiin sisältyykin välittömät korjaavat toimenpiteet ja pysyvämmät muutokset, jotta riski hallitaan tulevaisuudessa. Taulukossa 2 on suhteutettu riskin suuruus ja tarvittavat toimenpiteet riskin hallitsemiseksi. (Inkinen ym. 2016, 86-87; Helovuori ym. 2015, 19).

Riskin suuruus	Tarvittavat toimenpiteet riskin pienentämiseksi
1. Merkityksetön riski	- riski niin pieni, ettei toimenpiteitä tarvita.
2. Vähäinen riski	- toimenpiteitä ei välttämättä tarvita. - tilannetta tulee seurata, että riski pysyy hallinnassa.
3. Kohtalainen riski	- On ryhdyttävä toimenpiteisiin riskin pienentämiseksi - Toimenpiteet tulee mitoittaa ja suunnitella järkevästi - Jos riskiin liittyy erittäin vakavia seurauksia, on tarpeen selvittää tapahtuman todennäköisyys paremmin.
4. Merkittävä riski	- Riskin pienentäminen on välttämätöntä. - Toimenpiteet tulee aloittaa nopeasti. - Riskialtis toiminta pitää saada loppumaan nopeasti, eikä sitä saa aloittaa, ennen kuin riskiä on pienennetty.
5. Sietämätön riski	- Riskin poistaminen on välttämätöntä. - Toimenpiteet tulee aloittaa välittömästi. - Riskialtis toiminta tulee keskeyttää, eikä sitä saa aloittaa ennen kuin riski on poistettu.

Taulukko 2. Riskin suuruus ja toimenpiteiden priorisointi. (Inkinen ym. 2016, 87).

Turvalliseen lääkehoitoon kuuluu myös lääkehoidon käytännön toteuttamisen säännöllinen seuranta. Viranomaisvalvonnan lisäksi on tärkeää toimintayksikön omavalvonta, eli toimintayksikkö itse tarkastelee omia prosesseja, korjaa havaitut virheet ja pyrkii kehittämään turvallisuutta edistäviä ratkaisuja. Yksi keino toteuttaa seurantaa on auditointi. Tällöin

lääkitysturvallisuuden arvioinnin tekee yksikön ulkopuolinen henkilö tai organisaatio. Auditoinnissa voidaan tarkastella esimerkiksi koko lääkehoitoprosessi ja sen turvallisuutta tai osaa siitä. Auditoinnissa prosessia tarkastellaan ja arvioidaan kriittisesti ja lopuksi annetaan siitä raportti, jossa kerrotaan niistä asioista, jotka ovat kunnossa sekä niistä, jotka vaativat kehittämistä tai toimenpiteitä. Raportteja on hyvä käyttää dokumentteina seuraavissa auditoinneissa, jotta nähdään, miten prosessi on kehittynyt ja onko havaitut puutteet korjattu. Auditointi on hyvä työkalu lääkehoidon turvallisuuden kehittämisessä, se antaa toiminnan laadusta objektiivisen arvion. Lääketurvallisuuteen on jo kehitetty niihin sopivia auditointimenetelmiä, esimerkiksi sairaalaympäristöön sopiva auditointityökalu (Celikkayalar ym. 2009). Lisäksi ollaan kehittämässä auditointityökalua, joka soveltuisi myös sairaalaolosuhteiden ulkopuolelle. (Inkinen ym. 2016, 87-90).

3.4.2 Henkilöstön vastuut, osaamisvaatimukset ja perehdytys

Lääkehoitoa toteuttavalta ammattilaiselta edellytetään lääkehoidon osaamista, joka muodostuu koulutuksen aikana ja täydentyy työkokemuksen ja täydennyskoulutuksen kautta. Lääkitysturvallisuudesta huolehtiminen on osa lääkehoidon prosessia. Lääkehoitoa toteuttavat lääkehoitoon koulutetut terveydenhuollon ammattihenkilöt. Vastuu potilaan lääkehoidon kokonaisuudesta on hoitavalla lääkärillä. Lääkehoitoon koulutetut laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt kantavat kokonaisvastuun lääkehoidon toteuttamisesta. Muut lääkehoitoa työssään toteuttavat ammattilaiset voivat myös toteuttaa lääkehoitoa, jos he ovat saaneet siihen asianmukaisen koulutuksen. (Inkinen ym. 2016, 25-33).

On lainsäädännöllisesti määrätty, että työnantajan on varmistettava säännöllisesti, että työntekijä hallitsee työyksikössään ja tehtävässään tarpeelliset lääkehoidon työtehtävät. Uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden osaamisesta tulee myös huolehtia, työyksikössä pitää olla esimerkiksi perehdytysuunnitelma, jossa kuvataan myös yksikön lääkehoidon toteuttamisen periaatteet. Jatkuva kouluttaminen ja riittävä perehdytys osaltaan ehkäisevät lääkityspoikkeamia ja edistävät turvallista lääkehoitoa (Härkänen ym. 2013). Tarkemmin lääkehoitoa toteuttavien eri tahojen tehtävät, osaamisen varmistaminen sekä täydennyskoulutus on esitetty Turvallinen lääkehoito -oppaassa. (Inkinen ym. 2016, 25-33).

3.4.3 Lääkehoidon ja -huollon toteuttaminen

Lääkehuollon toteuttamisessa noudatetaan aina mahdollisuuksien mukaan Fimean määräyksiä (6/2012). Se tarkoittaa, että lääkkeiden käsittelyssä ja säilytyksessä noudatetaan lääketurvallisuutta ja lääkehuollon tarkoituksenmukaisuutta edistäviä toiminta- ja työtapoja. Lääkehoitosuunnitelmassa on syytä kirjata lääkkeiden hankintakäytännöt ja vastuut. Esimerkiksi kotihoidossa asiakkaat pääsääntöisesti hankkivat lääkkeensä itse, mutta ne voidaan hankkia myös hänen puolestaan. Lisäksi lääkkeiden kuljettaminen ja asianmukainen lääkkeiden säilyttäminen pitää suunnitella. Lääkkeiden sijoittelussa on otettava huomioon mahdolliset riskitilanteet. Lääkevastaavan vastuulla on lääkkeiden säilyttäminen ja säilytystilan seuranta. (Inkinen ym. 2016, 41-49).

On suositeltavaa, että toimintayksikön lääkehoitosuunnitelmaan on kirjattu yhtenäinen käytäntö siitä, miten ehkäistään ennalta jaettujen lääkkeiden antaminen väärään aikaan ja väärälle potilaalle. Kaksoistarkistus on hyvä olla käytössä kaikessa ympärivuorokautisessa hoidossa ja erityisesti riskilääkkeitä jakaessa. Tarkkaavaisuutta ja huolellisuutta on korostettava lääkehoidon jokaisessa vaiheessa (Härkänen ym. 2013). Lääkkeiden antamisessa on myös hyvä käyttää viiden oikeaa listaa: oikea lääke, oikea lääkkeenantoreitti, oikea aika, oikea potilas ja oikea annos. (Inkinen ym. 2016, 41-49, Härkänen ym. 2013).

Lääkehoidon toteuttamisessa tärkeää on vaikutusten seuranta ja arviointi. Niitä seuraavat kaikki potilaan lääkehoitoon osallistuvat. Itsearviointi ja oman toiminnan tarkastelu sekä muiden lääkehoitoon osallistuvien henkilöiden toiminnan tarkastaminen on tärkeää mahdollisten virheiden havaitsemiseksi ja korjaamiseksi (Härkänen ym. 2013). Lääkehoidon vaikuttavuutta seurataan ja arvioidaan suhteessa lääkehoidon tarpeellisuuteen, tavoitteisiin ja toteutuneeseen hoitoon. Vastuu lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnista on lääkärillä. Lääkehoidon vaikuttavuus on edellytys hoidon jatkamiselle. Lääkehoidon toteuttaminen tulee kirjata potilasasiakirjoihin ja niistä tulee ilmetä, miten lääkehoito on toteutettu ja onko sen aikana ilmennyt jotain erityistä. Kirjaamiskäytäntöjen on syytä olla yksikössä yhdenmukaiset ja mahdollisimman yksiselitteiset. (Inkinen ym. 2016, 41-49).

3.4.4 Lääkehoidon vaaratapahtumissa toimiminen ja lääkepoikkeamista raportointi

Lääkehoitoon liittyvän vaaratapahtuman havaitsemisen jälkeen tulee tehdä välittömästi kaikki tarvittavat toimenpiteet vaaran tai haitan poistamiseksi ja lievittämiseksi. Jokaisessa organisaatiossa tulee olla selkeät ohjeet lääkehoitoon liittyvien vaaratilanteiden hoitamista varten (Kinnunen ym. 2009). Jokaisen lääkehoitoa toteuttavan henkilön tulisi tietää kyseiset ohjeet ja menettelytavat vaaratilanteissa. Tapahtuma tulee kirjata aina myös potilastietojärjestelmään ja yksikössä tulee olla lain mukaan myös menetelmä lääkityspoikkeamien raportoinnista ja käsittelyä varten. (Inkinen ym. 2016, 78-85).

On todettu, että läheskään kaikkia lääkityspoikkeamia ei raportoida ja ilmoituksia tehdään suhteessa tapahtumiin liian vähän. Erään arvion mukaan vain 10-20% lääkitysvirhepoikkeamista raportoidaan (Griffin & Resar 2009). Esteenä raportointiin ovat mm. palautteen puute, kiire, pelko raportoinnin seurauksista tai epäselvyys poikkeaman kliinisestä merkityksestä ja sen raportoinnin hyödystä (Wakefield ym. 2005, Evans ym. 2006, McBride-Henry & Foureur 2006). Aktiivinen lääkityspoikkeamien raportointi kertoo henkilökunnan aktiivisesta suhtautumisesta virheistä oppimiseen ja se kertoo laadukkaasta ja turvallisesta osastosta, jossa poikkeamiin kiinnitetään enemmän huomiota. Henkilökuntaa tulisi kannustaa ja rohkaista lääkityspoikkeamien raportointiin, sillä se lisää positiivista ja aktiivista suhtautumista raportointiin. On myös huolehdittava, että henkilökunnalla on aikaa ilmoitusten tekemiseen. (Gustavsson-Niemelä 2011, 40-47). Tehokkuuden vaatimusten on todettu ajavan organisaatiot tilanteeseen, jossa aikaa ei poikkeamien raportointiin ja analysointiin ole, koska työntekijöiden aika riittää vain vaadittujen tehtävien suorittamiseen (Kinnunen 2010).

Lääkehoitoon liittyvien vaara- ja haittatapahtumien kirjaaminen on tärkeää, jotta niistä voidaan oppia ja tehdä tarvittavat toimenpiteet vastaavien tilanteiden toistumisen ehkäisemiseksi ja lääkehoidon turvallisuuden parantamiseksi. Lääkityspoikkeamien raportoinnilla tuotettu tieto edistää osastojen turvallisuuskulttuuria tukevaa toimintaa). Raportoinnilla pystytään tuottamaan hyödyllistä tietoa lääkehoitoprosessin heikkouksista, oppimaan tapahtumista ja kehittämään toimintatapoja lääkityspoikkeamien ennaltaehkäisemiseksi. (Inkinen ym. 2016, 78-85; Gustavsson-Niemelä 2011, 46-48).

3.4.5 Ohjaus, tiedonkulku ja dokumentointi lääkehoidossa

Potilaan ja hänen läheistensä lääkeneuvonta ja -ohjaus kuuluu kaikille potilaan lääkehoitoprosessiin osallistuville henkilöille. Ohjauksen ja neuvonnan tulee olla yhdenmukaista ja ristiriidatonta. Kaikilla tulee olla myös yhteinen tieto siitä, mitä lääkkeitä, mihin tarkoitukseen ja millä annoksilla potilaan on tarkoitus niitä käyttää. Potilasta rohkaistaan kertomaan tuntemuksistaan lääkehoidosta, mahdollisista ongelmista ja miten hän todellisesti lääkkeitä käyttää. On tärkeää huomioida myös potilaan itsehoitolääkkeet ja muut valmisteet, jotka voivat vaikuttaa lääkehoitoon ja ohjeistettava potilasta näiden järkevässä käytössä. (Inkinen ym. 2016, 58-60).

Oikea ja ajantasainen tieto potilaan lääkityksestä on turvallisen, tarkoituksenmukaisen ja vaikuttavan lääkehoidon perusta. Ajantasaiseen lääkityslistaan ja -tietoon kuuluvat potilaalle määrättyt lääkkeet sekä hänen itsehoitolääkkeet, ravintolisät ja rohdosvalmisteet. Tarkistus- arviointimenettelyjen tavoitteena on varmistaa potilaan asianmukainen ja turvallinen lääkitys sekä potilaan ymmärrys siitä. Arviointi parantaa lääkehoidon asianmukaisuutta erityisesti iäkkäiden hoitokodeissa tai vastaavissa palveluissa (Lehnbom 2014). Tiedon kulku ja yhteistyö eri ammattiryhmien, potilaan ja eri yksiköiden välillä lääkehoidossa on hyvin tärkeää, sillä ongelmat siinä johtavat lääkityspoikkeamiin ja lääkitysturvallisuuden heikkenemiseen (Härkänen ym. 2013, Tjia ym. 2009, Cornish ym. 2005). Yhtenä avaintekijä potilasturvallisuudessa voidaan pitää tehokasta kommunikaatiota ja yhteistyötä (WHO 2008).

Lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistuksessa varmistetaan, vastaako potilaan käyttämä lääkitys listalla olevia tietoja. Lääkityslista on tärkeää päivittää aina, kun potilaan lääkitykseen tulee muutoksia tai potilaan lääkkeiden käytön ja lääkelistan välillä on ristiriita. Lääkehoitosuunnitelmaan kirjataan potilaan lääkityslistan ajantasaistamisen toimintamalli. (Inkinen ym. 2016, 50-53).

4 PROJEKTIN TYÖVAIHEET

Projekti määritellään ainutkertaiseksi ja kertaluontoiseksi, ajallisesti rajatuksi työsuorituksesi, jolle on määriteltä resurssipuitteet. Sen tehtävä on tuottaa vaatimukset täyttävä tulos. Projekti on ennalta suunniteltu ja aikataulutettu ja sen tavoitteena on tuottaa haluttu tulos. Projekti sisältää raportointikäytännön ennalta sovitusti, sen vaikutusta seurataan säännöllisesti. Projektilla on tavoitteet ja mittarit, joilla tavoitteiden saavuttamista mitataan. (Valsta 2010. viitattu 19.5.2017.)

Projekti syntyy tarpeen kartoituksesta, idean muuttumisesta kehitysehdotukseksi ja sen jälkeen lähdetään etsimään jo olemassa olevaa tutkittua tietoa ja tehdään projektisuunnitelma. Projektisuunnitelma sisältää projektin määrittelyn eli mitä tehdään (määrittely), miten ja milloin tehdään (työsuunnitelma) sekä osoitetaan työn tulos (lopetus). Projekti etenee vaiheittain, suunnittelun jälkeen aloitetaan toteutus, jota seurataan ja päätetään mihin suuntaan työtä viedään ja viimeisenä luovutetaan työn tulos sekä puretaan projektiorganisaatio. (Valsta 2010. viitattu 19.5.2017.)

4.1 Projektin työvaiheet ja aikatauluttaminen

Projektin suunnittelun aloitettiin syksyllä 2016. Aikataulusuunnitelma oli saada teoriaosuus kirjoitettua helmikuuhun 2017 mennessä ja opinnäytetyö kokonaisuudessaan valmiiksi kevään 2017 aikana. Haasteena aikatauluttamisessa oli työharjoittelut sekä molempien perhe-elämä. Teoriaosuuden kirjoittaminen hieman venyi, mutta kokonaisuudessaan opinnäytetyö saatiin valmiiksi tavoiteajassa. Ohjaavien opettajien arviointia emme ehtineet saada kesään mennessä, joten viimeistely jäi syksylle 2017. Yhteistyösopimus työnantajapuolen kanssa tehtiin suullisesti jo suunnitteluvaiheessa ja sopimus allekirjoitettiin myöhemmän ajankohtana.

Opinnäytetyön aihevalinta oli alusta asti selvillä. Sisällön rajaamisesta käytiin muutamaan kertaan keskustelua, mutta kokonaisuudessaan aiheen rajaus oli yllättävän helppo tehdä. Teoriatietoa oli paljon tarjolla ja löysimme hyviä kansainvälisiä lähteitä. Teoriatiedon etsimisen pohjalle käytimme Pirkko Anttilan Tutkimisen taito ja tiedon hankinta sivustoa.

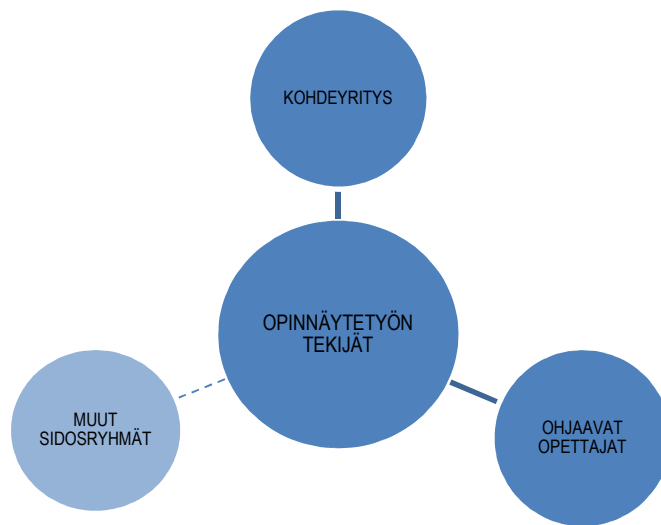
Suunnittelussa oli mukana työnantajan edustaja koko ajan ja hänen kanssaan keskustelimme tärkeimmistä sisällöistä. Opinnäytetyönohjausta tarvitsimme kaksi kertaa. Opettajien resurssit meidän osalta jäi pienemmäksi kuin arvioimme. Kustannusarvio opettajien osuudeksi oli 10h, joista käytimme 1h eli noin 30€, jos opettajan tuntihinta oli 30€. Oman työn osuudeksi oli määritetty 200 tuntia ja sen kustannusarvio oli 10€/h. Työelämän edustajan tuntihinta oli 25€/h, ja hänen kohdaltaan kustannuksia tuli 6h eli 150€. Kokonaisuudessaan opinnäytetyön kustannukset olivat pienet. Mitään maksuja emme suorittaneet työn tilaajalle, vaan sovimme, että itse tuote on korvaus heidän panostuksestaan.

Kun olimme saaneet tekemämme kyselyn aineiston analysoiduksi, teimme alustavan version oppaasta ja yhteistyössä työnantajan kanssa kävimme oppaan läpi. Teimme tarvittavat muutokset ja työnantaja puoli hyväksyi ne. Sen jälkeen kävimme esittelemässä tuotteemme työyhteisölle ja otimme suullisen palautteen vastaan työntekijöiltä sekä kirjallisen palautteen työn tilaajalta. Vertaisarviointi tapahtui tuotteen esittelyn jälkeen.

4.2 Projektiorganisaatio ja riskien hallinta

Projektiorganisaatio koostuu kolmesta keskeisestä ryhmästä ja se on esitetty kuvassa 2. Keskiössä on opinnäytetyön tekijät, jotka ovat yhteydessä muihin sidosryhmiin tarpeen ja toimivat yhteyshenkilöinä muiden sidosryhmien välillä. Kohdeyrittäjä ja heidän yhteyshenkilö sekä ohjaavat opettajat ovat myös keskeisiä toimijoita opinnäytetyön tekemisessä. He ohjaavat opinnäytetyön tekijöitä ja vaikuttavat osaltaan opinnäytetyöhön. Muihin sidosryhmiin kuuluvat esimerkiksi opponoiijat ja tiedonhaussa kirjastojen työntekijät sekä muut opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tahot.

Meidän projektiorganisaatio oli kohtuullisen pieni. Me kaksi olimme molemmat projektipäälliköitä. Meidän lisäksi organisaatioon kuuluivat ohjaavat opettajat, joita oli kaksi sekä työnantajaedustajapuolelta ohjaaja. Jaoimme keskenämme vastuun työn viemisestä eteenpäin. Toinen meistä teki enemmän yhteistyötä ohjaavien opettajien kanssa ja toinen työn tilanteen työnantajan edustajan kanssa. Yhdessä määrittelimme kulloinkin edessä olevan työvaiheen sisällön ja kumpi tekee minkäkin osa-alueen. Lisäksi keskustelimme toistemme kanssa aina kun olimme yhteydessä muihin projektiorganisaation jäseniin.



Kuva 2. Projektiorganisaatio

Riskianalyysin teimme heti opinnäytetyön suunnitelmaa aloittaessa. Meidän suurin riskimme oli työn valmistuminen tavoiteajassa, koska molemmat ovat perheellisiä ja toinen lisäksi töissä käyvä. Aikaa opinnäytetyön tekemiseen oli varattava kalenterista. Tavoiteajan saavuttamiseksi teimme alustavan aikataulusuunnitelman, jota tarkastelimme työn edetessä. Muita riskejä oli kyselyn kysymysten asettelun onnistuminen ja vastausprosentin saaminen tarpeeksi korkealle. Suunnittelimme varasuunnitelman, jos kysely epäonnistuisi, mutta tämä riski ei onneksi tapahtunut.

5 TUTKIMUSAINEISTO JA –MENETELMÄT

5.1 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu

Opinnäytetyössä käytän kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Kvantitatiivinen tutkimus perustuu mittaamiseen, jossa saatu havaintoaineisto pystytään laittamaan numeraaliseen muotoon, jonka määriä on helppo käsitellä erilaisissa taulukoissa ja tilastoissa. (Liehr & Marcus 1994, 256.) Tavoitteenamme on tutkia yrityksen työntekijöiden arvioita turvallisen lääkehoidon toteutumista. Yhdessä yrityksen kanssa päädyimme keräämään aineiston kvantitatiivisesti, joskin kysymyslomakkeessa pyydettiin myös tarkentavia ja avoimia vastauksia. Aineistoa käsiteltiin kuitenkin kvantitatiivisin menetelmin.

Aineiston keräämiseen käytettiin strukturoitua kyselylomaketta. Strukturoidussa kyselyssä jokainen täyttää samanlaisen kyselylomakkeen, joka on laadittu etukäteen ja kysymykset aseteltu järjestykseen. Tällä menetelmällä saadaan vertailukelpoista aineistoa. Kohdejoukkona oli yrityksen kotihoitoa tekevät työntekijät. Kysely toteutettiin webropol-kyselynä ja työntekijät saivat sähköpostiin linkin, jossa he pystyivät vastaamaan kyselyyn. Vastauksia kyselyyn saatiin 25 kappaletta, mikä on kattava otos yrityksen työntekijöiden kokonaismäärästä.

Kyselylomakkeessa oli yhteensä 10 kysymystä ja se pyrittiin tiivistämään lyhyeksi, sillä työntekijöillä ei ole aikaa vastata kovin pitkään kyselyyn. Kyselylomake on opinnäytetyön liitteenä. Kyselylomakkeessa kysyttiin esitietoina työkokemusta sekä tekeekö työtä yhdessä vai useammassa tiimissä. Näin pystyttiin tutkimaan arvioita lääkehoidon turvallisuudesta vastaaloittaneiden ja enemmän työkokemusta omaavien kesken ja vastaavasti yhdessä tiimissä tai useammassa tiimissä työskentelevien välillä.

Läákehoidon turvallisuutta koskevissa kysymyksissä kysyttiin lääkehoidon perehdytyksestä, lääkehoidon turvallisuutta vaarantavia tekijöitä ja mikä työntekijän mielestä parantaisi lääkehoidon turvallisuutta. Lisäksi kysyttiin erikseen Anja-jakelun vaikutuksesta lääkehoidon turvallisuuteen. Lopuksi oli vielä kysymys lääkehoidon koulutuksen tarpeesta ja lääkepoikkeamien raportoinnista.

5.2 Aineiston analysointi

Tutkimustuloksia käsiteltiin webropol-ohjelmalla. Tulokset sai taulukoitua ohjelman avulla ja niiden tulkinta oli sen myötä helppoa. Ohjelmalla pystyi myös suorittamaan vertailuja esitetokysymyksien pohjalta eri vastaajajoukkojen pohjalta. Avoimien kysymysten vastaukset piti käydä kaikki erikseen läpi ja koota taulukkomuotoon. Esimerkiksi, kun kysyttiin vaarantavia tekijöitä lääkehoidon turvallisuudessa, niin 18 vastaajaa mainitsi kiireen lääkehoidon turvallisuutta vaarantavaksi tekijäksi. Tämä ei suoraan kerro, että onko se merkittävin turvallisuutta vaarantava tekijä, mutta tällä tavalla tekijät saatiin priorisoitua ja taulukoitua. Taulukoita käytettiin tekstin tukena, ne havainnollistavat ja auttavat selventämään tuloksia lukijalle paremmin kuin pelkkä teksti.

6 TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Teimme kyselyn yksityisen kotihoidon palveluita tuottavan yrityksen työntekijöille. Kysyimme, mitä lääkehoitoa vaarantavia tekijöitä työntekijät kokevat työssään olevan ja vastaavasti, miten lääkehoidon turvallisuutta voitaisiin parantaa. Kysyimme myös, onko heitä perehdytetty tarpeeksi lääkehoitoon ja kokevatko he tarvitsevan koulutusta lääkehoidossa. Yrityksessä on viime aikoina otettu käyttöön anja-jakelu ja yksi kysymyksemme koski, miten työntekijät ovat tämän muutoksen kokeneet. Kysymyslomake on liitteissä.

Vastauksia kyselyyn saatiin 25 kappaletta. Vastaajien työkokemus vaihteli 0-6 kuukaudesta aina 5-10 vuoden työkokemukseen. Työsuhde vastaajien kesken jakautui tasan, vastaajista 13 oli keikkalaisia ja 12 vakituksessa työsuhteessa olevia. 15 vastaajista teki töitä useammassa tiimissä ja 10 vain yhdessä tiimissä. Vastaajista 60 % koki, ettei lääkehoitoon ole perehdytetty tarpeeksi. Vastaavasti 48 % koki tarvitsevansa lisäkoulutusta lääkehoidossa. Lisäkoulutusta toivottiin annosjakeluasioissa, aseptiseen työskentelyyn, yleisimmin ikääntyneillä käytössä oleviin lääkkeisiin, lääkkeiden yhteisvaikutuksiin ja insuliinihoitoon sekä toivottiin yleisesti lääkehoidon kertausta ja lisäkoulutusta.

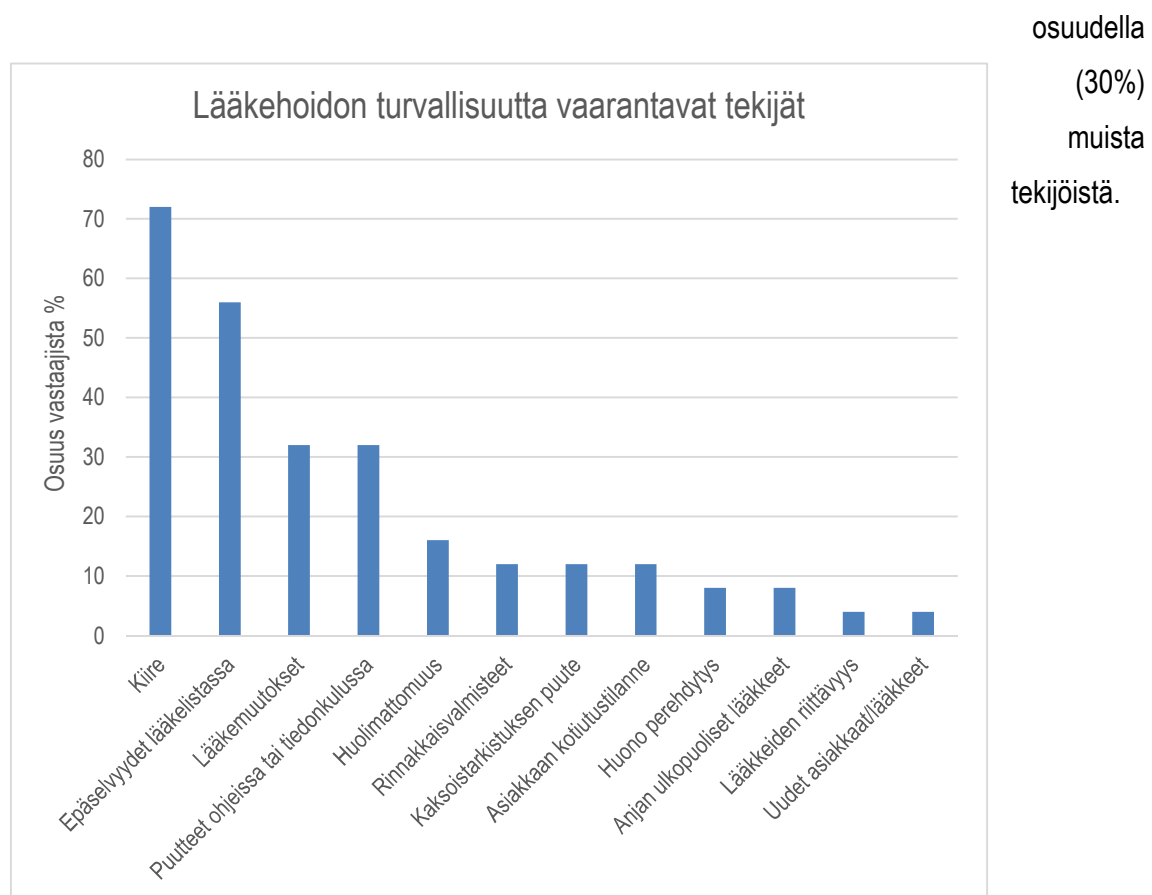
Vastaajista 84% oli sitä mieltä, että anja-jakelu on helpottanut lääkehoitoa. Sen koettiin helpottaneen ja luoneen lääkehoidosta turvallisempaa, kun lääkkeiden jakoa dosetteihin ei enää ole ja täten virheiden määrä on vähentynyt. Toisaalta samalla anja-jakelun koettiin tuoneen myös haasteita. Selkeästi nostettiin esiin haastetta tuovana tai vaikeuttavana tekijöinä anja-jakelun ulkopuolella annettavat lääkkeet ja lääkemuutoksien tekeminen anja-pusseihin. Lisäksi todettiin, että lääkkeiden tunnistaminen ulkonäön mukaan on heikentynyt anja-jakelun myötä.

Yksi erittäin mielenkiintoinen ja tärkeä asia on selvittää, miten vasta työssään (alle yhden vuoden työkokemus) alkaneet kokevat lääkehoidon turvallisuuden verrattuna yli yhden vuoden työkokemuksen omaaviin. Vastaajista kahdeksalla oli alle yksi vuosi työkokemusta ja heidän osuus oli 32%. Alle yhden vuoden työkokemuksen omaavista vain yksi oli vakituinen työntekijä ja muut olivat keikkalaisia. Heistä 75% koki, että lääkehoitoon ei ole perehdytetty tarpeeksi, kun taas yli vuoden työkokemuksen omaavilla vastaava osuus oli 52%. Voidaan huomata, että alkuvaiheen lääkehoidon perehdytys ei tämän mukaan ole riittävää. Huomioitavaa kuitenkin on, että vain 25% alle yhden vuoden työkokemuksen omaavista koki tarvitsevan lisäkoulutusta

lääkehoidossa. Vastauksissa toivottiin enemmän panostusta lääkehoitoon perehdytyksessä sekä lisäkoulutusta aseptiseen työskentelyyn ja lääkkeiden yhteisvaikutuksiin. Yli yhden vuoden työkokemuksen omaavista työntekijöistä 65% koki puolestaan tarvetta lisäkoulutukselle. Heillä lisäkoulutuksen tarpeessa korostui enemmän kertaaminen ja kokonaisvaltainen lääkehoidon lisäkoulutus.

6.1 Lääkehoidon turvallisuutta vaarantavat tekijät

Tarkastelimme, mitä ovat lääkehoidon turvallisuutta vaarantavia tekijöitä työntekijöiden mielestä. Kaikkien vastaajia tarkastellessa erottui selvästi kaksi lääkehoidon turvallisuutta vaarantavaa tekijää. Taulukosta 3 voidaan huomata, että kiire ja epäselvyydet lääkelistassa selkeästi eniten mainitut tekijät. Kiireen mainitsi vaarantavaksi tekijäksi 72 % vastaajista ja epäselvän lääkelistan 56 %.



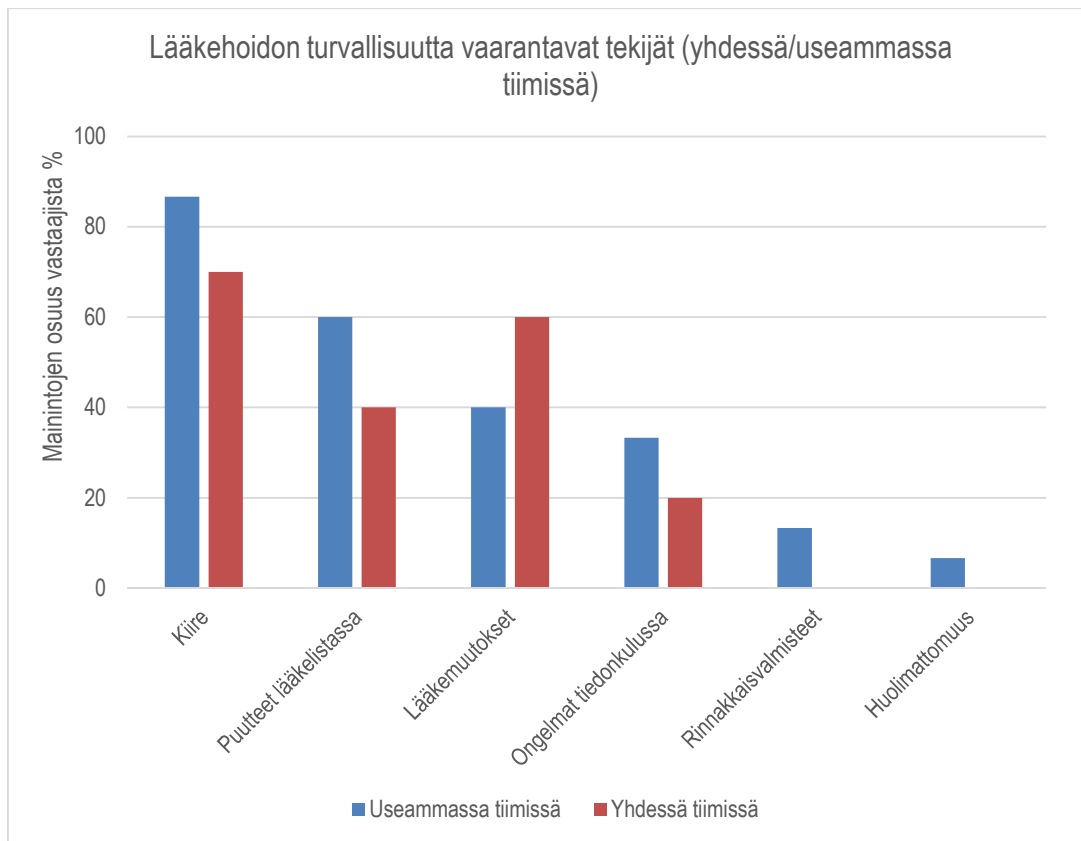
Taulukko 3. Lääkehoidon turvallisuutta vaarantavat tekijät.

Vastauksissa kiirettä ei ollut tarkemmin eritelty, mutta sillä tarkoitettiin kiirettä ylipäänsä ja sitä ei ollut kohdennettu erityisesti mihinkään, esimerkiksi lääkehoidon tilanteisiin. Epäselvyydet

lääkelistassa tarkoittivat muun muassa, että lääkelistoissa oli epäselvyyksiä, niitä löytyi asiakkaan luota useita, lääkelista oli päivittämättä tai lääkelistaa ei löytynyt ollenkaan. Lääkemuutoksia ei myöskään ollut tarkemmin eritelty, mutta muutamia mainintoja samalla oli lääkemuutoksien informoinnin puutteesta, jolloin lääkemuutokset voivat jäädä huomioimatta. Ohjeiden ja tiedonkulun puutteet tarkoittavat muun muassa epäselviä tai ristiriitaisia ohjeita, tiedonkulun heikkoutta ja epäselviä kirjauksia.

Tutkimme myös, että onko vastauksissa eroavaisuuksia, kun tarkastellaan useammassa tiimissä työtä tekeviä ja vain yhdessä tiimissä työskenteleviä. Vastaukset näiden välillä jakaantuivat melko tasan, vastaajista 15 tekee töitä useammassa tiimissä ja 10 tekee vain yhdessä tiimissä. Lähtökohtaisesti voitaisiin ajatella, että lääkehoidon turvallisuus toteutuu paremmin, kun työntekijä on vain yhdessä tiimissä, jolloin asiakaskunta on pienempi ja työntekijä on paremmin perillä asiakkaiden voinnista, tilanteesta ja lääkehoidosta. Tämä parantaa lääkehoidon turvallisuutta ja pienentää sitä vaarantavia riskejä.

Taulukossa 4 näkyvät useammassa ja yhdessä tiimissä olevien vastaajien maininnat lääkehoidon turvallisuutta vaarantavista tekijöistä. Huomioitavaa on, että useammassa tiimissä työskentelevät kokivat kiireen hieman enemmän uhaksi lääkehoidon turvallisuudelle (87% vastaajista mainitsi) kuin vain yhdessä tiimissä työskentelevät (70 % mainitsi). Useammassa tiimissä työskentelevät kokivat myös epäselvyydet lääkelistassa enemmän turvallisuutta vaarantavaksi tekijäksi kuin yhdessä tiimissä olevat. Lääkemuutoksien haasteet olivat puolestaan yhdessä tiimissä olevien mielestä enemmän vaarantava tekijä kuin useammassa tiimissä työskentelevien. Useammassa tiimissä työskentelevillä oli myös enemmän mainintoja tiedonkulun ongelmista turvallisuutta vaarantavana tekijänä.



Taulukko 4. Lääkehoidon turvallisuutta vaarantavien tekijät (yhdessä/useammassa tiimissä).

Tuloksista voidaan päätellä, että useammassa tiimissä työskenteleminen lisää kiirettä, sillä se oli nostettu useammin esiin vaarantavana tekijänä useammassa tiimissä työskentelevien osalta. He kokivat myös epäselvyydet lääkelistassa useammin vaarantavaksi tekijöiksi. Lisäksi he kokivat myös tiedonkulun ongelmat enemmän vaarantavaksi tekijäksi.

6.2 Lääkehoidon turvallisuutta parantavat tekijät

Vastaajilta kysyttiin, millä tavalla lääkehoidon turvallisuutta voitaisiin parantaa. Taulukossa 5 on taulukoitu turvallisuutta parantavat tekijät ja niiden mainintojen määrä. Taulukkoon on sisällytetty vain tekijät, jotka saivat useamman kuin yhden maininnan. Voidaan huomata, että vastauksissa eniten toivottiin lääkkeenjaossa kaksoistarkistuksen toteutumista (kahdeksan mainintaa), eli toinen hoitaja tarkistaisi jaetut lääkkeet. Lisäksi toivottiin enemmän tai tarpeeksi aikaa lääkehoitoon. Suurimmaksi osaksi tällä tarkoitettiin, että olisi tarpeeksi aikaa lääkkeiden jakoon, mutta toivottiin myös enemmän aikaan ylipäänsä lääkehoitoon. Seuraavaksi eniten mainittiin tiedon kulun tärkeys. Yli viisi mainintaa saivat myös ajantasainen lääkelista ja selkeät ohjeet.



Taulukko 5. Lääkehoidon turvallisuutta parantavia tekijöitä.

Kun vertaillaan näitä tuloksia lääkehoitoa vaarantavien tekijöihin, huomataan niiden korreloivan keskenään. Keskeisimmät vaarantavat tekijät olivat kiire ja epäselvyydet lääkelistassa. Vastaavasti turvallisuutta parantavaksi tekijöitä olivat riittävän ajan saaminen lääkehoitoon ja kiireen vähentäminen sekä ajantasainen lääkelista. Puutteet tiedonkulussa ja ohjeistuksissa olivat yksi erottuva vaarantava tekijä ja vastaavasti turvallisuutta parantavaksi tekijäksi toivottiin tiedon kulkua ja selkeitä ohjeita.

6.3 Johtopäätökset

Kyselyn perusteella voidaan todeta, lääkehoitoon ei ole perehdytetty työntekijöitä tarpeeksi ja erityisesti alkuvaiheen perehdytyksessä lääkehoitoon perehdyttämiseen pitäisi enemmän panostaa. Anja-jakelu on ollut selkeän enemmistön mielestä helpottanut lääkehoitoa ja muun muassa parantanut lääkehoidon turvallisuutta, joten on ollut hyvä asia, että se on tullut käyttöön ja siihen kannattaa siirtyä kaikkien asiakkaiden osalta. Toisaalta anja-jakelun todettiin enemmistön mielestä tuoneen myös haasteita, kuten anja-jakelun ulkopuolisten lääkkeiden muistaminen ja lääkemutoksien tekeminen anja-pusseihin. Puolet vastaajista toivoivat lisäkoulutusta lääkehoitoon, joten sen säännöllinen tarjoaminen työntekijöille olisi hyvä ja lääkehoidon turvallisuutta edistävä asia. Lisäkoulutusta kaivattiin enemmän niiden kohdalla, joilla

oli enemmän työkokemusta. Koulutuksen järjestämisessä olisi hyvä kuunnella sillä hetkellä työntekijöiden kokemat tarpeet. Esimerkiksi ajankohtainen koulutusaihe tällä hetkellä voisi olla anja-jakelu, johon toivottiin lisäkoulutusta muutamien vastaajien mielestä kyselyssä.

Keskeisimmät lääkehoidon turvallisuutta vaarantavat tekijät ovat kiire ja epäselvyydet lääkelistoissa. Näihin huomiota kiinnittämällä voidaan vähentää lääkehoidon turvallisuuden vaarantumista. Kiireen kokeminen on yksilöllistä ja erilaiset tekijät voivat vaikuttaa siihen, että työssä tulee kiire. Kyselyn tulosten perusteella ei voi päätellä, mistä kiire tulee, mutta tätä olisi hyvä työpaikalla yhdessä pohtia, miten esimerkiksi erilaisilla järjestelyillä ja toimintavoilla sitä saataisiin vähennettyä. Epäselvyydet lääkelistan kanssa on selkeä yksittäinen asia, johon puuttumalla voidaan parantaa lääkehoidon turvallisuutta. Luomalla organisaatiossa selkeät ja yhtenäiset toimintatavat lääkelistan sijainnin, ajantasalla pitämisen ja muiden käytäntöjen suhteen saadaan lääkehoidon turvallisuutta parannettua. Lääkemuutoksien tekeminen ja puutteet tiedonkulussa olivat seuraavaksi merkittävimpiä lääkehoidon turvallisuuden vaarantajia. Olisi syytä olla selkeät ja yhtenäiset ohjeet lääkemuutoksien tekemiseen sekä korostaa tiedottamisen tärkeyttä ja kirjaamisen selkeyttä. Huomiota tulee kiinnittää siihen, että ohjeistus eri paikoissa ei olisi ristiriitaista.

Useammassa tiimissä työskentelevät kokivat kiireen ja epäselvyydet lääkelistassa hieman useammin turvallisuutta vaarantavaksi tekijäksi kuin yhdessä tiimissä työskentelevät. Samoin he kokivat tiedonkulun osalta. Näiden tulosten perusteella ei kuitenkaan voi vetää johtopäätöstä, että useammassa tiimissä työskenteleminen vaarantaisi lääkehoidon turvallisuutta enemmän kuin yhdessä tiimissä työskenteleminen, mutta tulokset hieman viittaavat siihen suuntaan. On siis entistä tärkeämpää huomioida tiedon kulkeminen sekä laatia selkeät toimintatavat ja käytännöt niin lääkelistan kuin muidenkin asioiden suhteen.

Työntekijät kokivat, että lääkehoidon turvallisuutta voitaisiin parantaa suorittamalla kaksoistarkituksen lääkkeenjaossa. Tämän asian järjestäminen olisi ehdottomaan tärkeää ja sitä suositellaan esimerkiksi Sosiaali- ja terveysministeriön laatimassa lääkehoitosuunnitelman oppaassa. Lääkehoitoon liittyvän ajan lisääminen, tiedon kulku ja ajantasainen lääkelista mainittiin seuraavaksi eniten vastaajien toimesta. Vastauksien kaikki lääkehoitoa parantavat ehdotukset olisivat toteutuessaan lääkehoidon turvallisuutta parantavia, joten kaikkia ehdotuksia olisi hyvä tarkastella ja pohtia, miten niitä voitaisiin ottaa käyttöön ja mitä konkreettisia asioita on tehtävä, jotta lääkehoidon turvallisuutta voitaisiin parantaa.

7 PROJEKTIN ARVIOINTI

Projekti eteni suunnitellulla tavalla muuten, mutta aikataulu meni todella tiukaksi keväällä. Aiheen rajaaminen onnistui meiltä teoriaosuudessa hyvin, mutta oppaaseen tuli vielä työelämän puolelta pyyntö lisätä muutamia kohtia. Lisäksi ohjaavilta opettajilta tuli muutama ohje oppaan ulkoasun selkeyttämiseksi. Riskien hallinta oli systemaattista ja projektikokouksissa pohdimme suuntaa mihin edetä ja mitä työvaiheita suoritamme seuraavaksi. Käytimme ohjaavien opettajien ja työelämän edustajan näkemystä aina työvaiheen valmistumisen jälkeen, jos tarvetta ilmeni.

Esittelimme opinnäytetyön työyhteisölle, valitettavasti paikalle ei saapunut odotettua määrää osallistujia. Esittely kuitenkin sujui hyvin ja saimme suullista palautetta oppaan sisällöstä, joka koettiin hyödylliseksi. Työn tilaajalle toimitimme analyysin tulokset, jotta he voivat käyttää sitä tulevaisuudessa hoidon laadun seurantaan. He aikoivat jatkossa selvittää ja toteuttaa esiin nousseita koulutustarpeita ja ideoita lääkehoidon parantamiseen tuli jo esittelytilaisuudessa.

Todellisia kustannuksia ei tässä projektityössä tullut, joten niitä ei tarvinnut ottaa huomioon kuin suunnitelmassa. Projekti päättyi onnistuneeseen lopputulokseen sekä meidän että työnantajan puolelta.

8 POHDINTA

Tämä opinnäytetyön aihe valikoitui, koska toinen meistä tekee töitä kotihoidossa. Lääkehoito on olennainen osa kotihoidon työkenttää ja siellä on paljon riskejä, jotka pitäisi jokaisen työntekijän ottaa huomioon. Näin ei kuitenkaan aina ole ja siksi yhdessä työnantajan kanssa päädyimme oppaan tekemiseen. Aihevalinnan etuna oli, että koko ajan pystyi seuraamaan työskentelyä kotihoidossa ja riskikohdat oli helpompi tunnistaa. Aiheen rajausta alussa meinasi olla hankalaa, mutta lopulta se sujui yllättävänkin helposti. Opas on selkeä ja johdonmukainen kokonaisuus ongelmatilanteen tunnistamisesta johdonmukaiseen toimintaohjeeseen ongelman ratkaisemiseksi.

Itse oppaan tekemiseen etsimme lähteitä, miten saamme tehtyä siitä selkeän ja johdonmukaisen ja että siinä on kaikki tärkeimmät asiat, jotka pitää huomioida. Asioiden valitseminen oppaaseen ja niiden tiivistäminen ymmärrettävään muotoon oli haastavaa, mutta lopputulos oli onnistunut.

Teoriatietoa löytyi todella paljon, käytimme lähteinä sekä oppikirjoja että tieteellisiä artikkeleita ja tutkimuksia. Paljon uutta tietoa tuli, kuten tavallisimpien lääkkeiden tai lääkeaineiden haittavaikutuksista, jopa kuolemaan johtavina. Lisäksi opimme projektiorganisaation merkityksestä ja sen toiminnasta käytännössä. Itse oppaan suunnitteluun käytimme hyödyksi VirtuaaliAMK:n opasta Missä järjestyksessä asiat olisi hyvä esittää? Sen avulla saimme oppaasta tiiviin tietopaketin, joka on selkeä ja johdonmukainen.

Aikataulu loppujen lopuksi oli tiukka kevättä kohden. Molempien kiireet viivästyttivät opinnäytetöihin keskittymistä, mutta saimme aikataulun kirittyä kiinni. Molempien mielestä opinnäytetyömme on kattava kokonaisuus ja erityisesti kyselyn tekeminen ja tulosten analysointi olivat mielenkiintoisia. Siinä pääsi suoraan kiinni kohtiin, jotka koettiin haastavaksi. Lisätutkimuksen aiheita tuli myös mieleen ja ne esitimme työyhteisölle kehittämis ehdotukseksi tulevaisuutta varten. Kuten kuinka opas on vaikuttanut lääkehoidon turvalliseen toteuttamiseen.

Kaiken kaikkiaan koimme opinnäytetyön syventäneen osaamistamme lääkehoidon toteuttajina ja osaamme huomioida entistä paremmin varsinkin iäkkäiden lääkehoidon erityispiirteitä. Samaten koemme, että osaamme kiinnittää huomiota eri tavalla lääkkeiden haittavaikutuksiin iäkkäällä ja osaamme yhdistää lääkehoidon kokonaisuuksia paremmin ihmisen terveydentilan tarkkailussa.

LÄHTEET

Ahonen J. 2011. lääkäiden lääkehoito, vältettävät lääkkeet ja yhteisvaikutukset. Farmasian laitos, Terveystieteiden tiedekunta, Itä-Suomen yliopisto Kuopio.

Anttila P. 1998. Tutkimisen taito ja tiedonhankinta. Viitattu 19.5.2017.
<https://metodix.wordpress.com/2014/05/17/anttila-pirkko-tutkimisen-taito-ja-tiedon-hankinta/>

Celikayalar, E., Airaksinen, M. & Astala, L. 2009. Lääkitysturvallisuuden auditointi Satakunnan keskussairaalassa. TABU 2/2009: 7-9.

Cornish, P., Knowles, S., Marchesano, R., Tam, V., Shadowitz, S., Juurlink, D. & Etchells, E. 2005. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. Archives of Internal Medicine 165 (4), 424–429.

Cox- Curry L., Walker C., Hogstel M. O., 2009. Older adults' medication practices and risk. Journal of Theory Construction & Testing. Fall/Winter 2009. Vol 13, 69–74. 6.painos. Viitattu 13.2.2017. <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=75fb8632-03a5-4e8b-8d35-0cb8bfa84298%40sessionmgr102&vid=21&hid=128>

Evans, S., Berry, J., Smith, B., Esterman, A., Selim, P., O'Shaughnessy, J. & DeWit, M. 2006. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. Quality and Safety in Health Care 15 (1), 39–43.

Griffin, F. & Resar, R. 2009. IHI Global Trigger Tool for measuring adverse events (Second edition). IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare improvement.

Gustavsson-Niemelä E. 2011. Lääkityspoiikkeamaraportit osana turvallisuuskulttuuria hoitotyön lähiesimiesten kuvaamina. Pro gradu. Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö.

Härkänen, M., Turunen, H., Saano, S. & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. Terveysthuollon henkilöstön näkemykset lääkityspoikkeamien estämisestä erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* 25 (1): 49-61.

Ikonen, E-R. 2015. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Inkinen, R., Volmanen P. & Hakoinen S. (toim.). 2016. Turvallinen lääkehoito – Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Kinnunen M., Keistinen T., Ruuhilehto K. & Ojanen J. 2009. Vaaratapahtumien raportointimenettely. Opas 4. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla: <https://www.thl.fi/documents/10531/104889/Opas%202009%204.pdf>.

Kinnunen M. 2010. Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa. *Acta Wasaensia* 230. *Liiketaloustiede* 94, Johtaminen ja organisaatiot. Vaasan yliopisto.

Kinnunen, M. 2013. Turvallinen lääkehoito. 2013. Teoksessa Sulosaari V., Hahtela N. & Ranta I. (toim). *Sairaanhoidon ja lääkehoito – hoitotyön vuosikirja 2013*. Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto ry, 99-110.

Lehnbom, E., Stewart, M., Manias, E. & Westbrook, J. 2014. Impact of medication reconciliation and review on clinical outcomes. *Ann Pharmacother* 48(10): 1298–312.

Liehr, P. & Marcus, M. 1994. Qualitative Approaches to Research. Teoksessa: *Nursing Research; methods, critical appraisal and utilization*. LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. 1994.

Linden-lahti C., Airaksinen, M., Pennanen P. & Käyhkö K. 2009. Vakavat lääkityspoikkeamat potilasturvallisuuden haasteena. *Suomen Lääkärilehti* 64(41): 3429-3434.

McBride-Henry, K. & Foureur, M. 2006. Medication administration errors: understanding the issues. *Australian Journal of Advanced Nursing* 23 (3), 33–41.

Nissi U. 2009. Missä järjestyksessä asiat olisi hyvä esittää? VirtuaaliAMK. Viitattu 13.2.2017.
<http://www2.amk.fi/digma.fi/eetu/www.amk.fi/opintojaksot/030905/1116425173436/1117079857643/1117089104086/1117095618592.html>

Palmu, T. 2013. Lääkehoito kotihoidossa. 2013. Teoksessa Sulosaari V., Hahtela N. & Ranta I. (toim). Sairaanhoitaja & lääkehoito – hoitotyön vuosikirja 2013. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 129-136.

Pietikäinen, T. 2004. Kotihoitoasiakkaan lääkehoito kotihoidon työntekijän näkökulmasta. Pro gradu. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.

Tjia, J., Bonner, A., Briesacher, B., McGee, S., Terrill, E. & Miller, K. 2009. Medication discrepancies upon hospital to skilled nursing facility transitions. Journal of General Internal Medicine 24 (5): 630–635.

Tokola E., 2010. Turvallinen lääkehoito kotona ja laitoksessa. Helsinki: Tammi.

Valsta A., 2010. Projektityö. Haaga- Helia ammattikorkeakoulu. Viitattu 19.5.2015. myy.haaga-helia.fi/~ict1tn001/toteutus12/projektityo.ppt

Vallimies-Patomäki, M. 2013. Lääkehoitoa ohjaavat normit ja periaatteet. 2013. Teoksessa Sulosaari V., Hahtela N. & Ranta I. (toim). Sairaanhoitaja & lääkehoito – hoitotyön vuosikirja 2013. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 99-110.

Wakefield, B., Uden-Holdman, T. & Wakefield, D. 2005. Development and validation of the medication administration error reporting survey. Advances in Patient Safety 4, 475–488.

WHO. World health organization. 2008. Learning from errors. Patient safety workshop. http://www.who.int/patientsafety/activities/technical/vincristine_learning-from-error.pdf.

LIITTEET

LIITE 1. Opas turvalliseen lääkehoitoon kotihoidossa

LIITE 2. Kyselylomake

Lääkehoidon toteuttaminen työvuorossa

ANJA:

- Tarkista aina INFO-kohta, onko asiakkaalla käytössä dosetissa meneviä lääkkeitä tai pitääkö Anja-pussista poistaa jotain.
- Anja- lääkelistojen mukana tulee QR-koodi, jonka avulla voit tarkistaa lääkkeiden ulkonäön.

LÄÄKELAASTARIT:

Tarkista meneekö asiakkaalla lääkelaastareita, varmista niiden vaihtopäivä ja merkitse seuraava vaihtopäivä lisätietoja kohtaan kirjausten **lisäksi**.

YHTEISVAIKUTUKSET:

Kysele asiakkailta aina silloin tällöin itsehoitovalmisteiden käytöstä. Informoi sairaanhoitajaa, jos asiakkaalla on niitä käytössä. (Yhteisvaikutukset muiden lääkkeiden kanssa.)

Huomion **Marevan** lääkkeen kanssa, ettei käytössä ole esim. Buranaa, Ketorinia, Aspirinia, Voltarenia tai luontaistuotteita, (mm. neidonhiuspuu-uute, valkosipuliuute, mäkikuismauute, kalaöljyvalmisteet). **Yhteisvaikutukset!**

AKUUTTI- JA EPÄSELVÄT TILANTEET:

Iltaisin ja viikonloppuisin ota yhteyttä lääkitysvirheissä ensisijaisesti **myrkytystietokeskukseen** (09 471 977) tai **terveysneuvontaan** (08 315 2655) Vain **erityisluvalla** päivystävään lääkäriin. Arkisin ota yhteys ensisijaisesti omaan sairaanhoitajaan.

Asiakkaan kieltäytyessä lääkkeistä kirjaa asia selvästi ja informoi sairaanhoitajaa asiasta.

Informoi sairaanhoitajaa, jos **mittaat epätavallisen korkeita/matalia** verenpaineita tai pulssi on epäsäännöllinen tai korkea, (yli 110). Myös **epätavallisista painon** muutoksista ole yhteydessä sairaanhoitajaan.

LÄÄKKEIDEN SÄILYVYYS:

Huomioi **silmätippojen** säilyvyys sekä niiden **riittävyys**. Ne ovat myös **lääkeaine**. Samoin insuliinit säilyvät 1kk avattuna. Huomio päiväykset!

Jos koet epävarmuutta asiakkaan **terveydentilan** tai **lääkehoidon** suhteen, pyydä lisäohjeistusta sairaanhoitajaltasi.

Lääkehoidon riskitilanteet kotihoidossa

1. Millainen työsuhde sinulla on? *

☐ Keikkalainen

☐ Vakituinen

2. Teetko töitä useammassa kuin yhdessä tiimissä? *

☐ Kyllä

☐ Ei

3. Koetko, että lääkehoitoon on perehdytetty tarpeeksi? *

☐ Kyllä

☐ Ei

4. Missä tilanteissa koet, että lääkehoito voi vaaraantua? (Kiire, epäselvä lääkelista, muutokset annostelussa, yms.) *

5. Miten lääkehoidon turvallisuutta voisi mielestäsi parantaa kotihoidossa? *

6. Onko Anja- annosjakelu helpottanut lääkehoitoa? Koetko sen käytössä riskejä lääkehoitoa ajatellen? (Lääkelisäykset tai -poistot, antibiootit yms.) *

7. Koetko tarvitsevasi lisäkoulutusta lääkehoitoon kotihoidossa? Jos vastaat kyllä, niin mihin osa-alueeseen? *

8. Raportoitko huomaamistasi lääkitykseen liittyvistä poikkeamista? *

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei
- ☐ Satunnaisesti